مصباح، ایمان؛ حجت خواه، سید محسن؛ گل محمدیان، محسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۸(۲)، ۱۰۰-۸۴
DOI: 10.22067/ijap.v8i2.68383

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

ایمان مصباح[۱]، سید محسن حجت خواه[۲]، محسن گل محمدیان[۳]

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۸

چکیده

هدف: تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک کم- توان ذهنی بودند که فرزندانشان در مدارس استثنایی شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند. از جامعه فوق تعداد ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه نوددقیقه‌ای، (هر هفته دو جلسه) درمان گروهی را دریافت کردند و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچ‌گونه درمان گروهی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس رابطه مادر-کودک راس (۱۹۶۱) بود. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل ازنظر رابطه مادر- کودک تفاوت معناداری وجود دارد ($p< 0/001$). با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد روشی کارآمد در بهبود رابطه والد- فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ، رابطه والد- فرزندی، مادران، کودک کم‌توان ذهنی.

---

۱ . کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی کرمانشاه، Imanmesbah13@gmail.com
۲ . استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی کرمانشاه، (نویسنده مسئول) hojatmogo@gmail.com
۳ . استادیار گروه مشاوره دانشگاه رازی کرمانشاه

مقدمه

کم‌توانی ذهنی[1] یا به‌اصطلاح دیگر نارسایی رشد قوای ذهنی موضوع تازه و جدیدی نیست. بلکه در هر دوره و زمانی افرادی در اجتماع وجود داشته‌اند که ازنظر فعالیت‌های ذهنی در حد طبیعی نبوده‌اند و نیازمند کمک‌های ویژه از سوی خانواده و یا نگهداری آن‌ها در مدارس و مراکز خاص وجود داشته است(Haghranjbar, Kakavand, Barjali, & Barmas, 2012). کم‌توانی ذهنی که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association (APA), 2013)، به‌صورت نوعی اختلال رشدی که به‌صورت نارسایی در کارکرد هوشی[2] و رفتار سازشی درزمینه های مفهومی، اجتماعی و عملی تعریف می‌شود، مسائل فراوانی را در خانواده و اعضای آن به وجود می‌آورد که می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر ساختار و عملکرد خانواده گذاشته و باعث شود که خانواده تحت تنش‌های جسمانی، روانی، اجتماع و اقتصادی قرار گیرد تا حدی که روند طبیعی زندگی مختل، و منجر به فروپاشی نظام خانواده شود Vanaki, Mohammad Khan Kermanshahi, Ahmadi, Azad Falahi, & Kazemnejad, 2006).

ازآنجاکه مادر، معمولاً نخستین مراقب کودک است و مراحل اولیه رشد، تأثیر قطعی بر شخصیت انسان دارد و چون بسیاری از مشکلات روان‌شناختی ریشه در این تعامل دارند، تعامل بین مادر و فرزند موردتوجه خاص بوده است(Shariatmadari, 2006). نتایج پژوهش‌های (Bealsky & Pluess, 2009, 2011) مبین آن است که کیفیت مراقبت، حساس بودن و تعامل مثبت با مادر در دوران کودکی با مشکلات رفتاری در نوجوانی مرتبط است. مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزیابی و تلاش در قلمرو درمانگری، باید آن را در نظر بگیرد (Ahmadi Azandi, Dadsetan & HasanAbadi, 2006) . زمانی که کودک از مادر خود مراقبت و حمایت دریافت می کند به او صادقانه عشق می‌ورزد و میان آن ها یک رابطه محبت‌آمیز و استوار برقرار می‌شود. اما اگر مادر خون سرد ، بی‌قید یا بی‌محبت باشد ممکن است کودک را به واکنش‌های شدید وادارد و او را موجودی خودخواه، نادان، سنگدل و غیرقابل‌اعتماد به شمار آورد(Parsa, 2014). تعامل با کودکانی که ازنظر ذهنی ناتوان هستند، فشار روانی خاصی را بر والدین و به‌ویژه مادران و کل خانواده تحمیل می‌کند که به دنبال آن مشکلات و مسائلی را به وجود می‌آورد. مسائل و مشکلات چنین والدینی، پذیرش کم‌توانی ذهنی فرزند، خستگی ناشی از پرستاری، مسائل مربوط به اوقات فراغت، مشکلات مالی و مسائل پزشکی، آموزشی، توان‌بخشی کودکان است(Permeghias, 2003). برای اینکه این مادران بتوانند از عهده احساسات دردناک درباره شرایط کودک برآمده و با صبر و شکیبایی به

1. Mental Retardation
2. Intelligence Function

نیازهای ویژه کودکان خویش پاسخ دهند، ارائه خدمات آموزش خانواده و ارائه مشاوره و درمان مادران کم‌توان ذهنی ضرورت و جایگاهی ویژه دارد (Foroughan, Molly, Salimi, & Asadi Malayeri, 2006).

یکی از روش‌های کاربردی در این زمینه برای استفاده در کار بالینی و غیر بالینی که امروزه کاربرد فراوانی دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۱](ACT) به‌عنوان موج سوم شناختی رفتاری است(Izadi & Abedi, 2016). در ACT، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (Forman & Herbert, 2008). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکار می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب کند(Hayes & et al, 2004).

گزارش‌های متعدد نشان داده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله؛ بر اختلال طیف اضطراب و اختلال وسواس فکری- عملی (Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig, 2014؛ Barney, Field, Morrison & Twohig, 2017)، بر کاهش پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و استرس (Yadavaia & Hayes, & Vilardaga, 2014؛ Fledderus, Bohlmeijer, Schreurs & Spinhoven, 2013)، افزایش سلامت عمومی(Brinkborg, Michanek, Hesser & Berglund, 2011؛ Flaxman & Bond, 2010)، کاهش اختلالات اضطرابی(Swain, Hancock, Hainsworth & Bowman, 2013)، کاهش تجربه درد در زنان مبتلابه سردرد مزمن(McCracken, Sato & Taylor, 2013)، کاهش اهمال‌کاری تحصیلی(Wang & et al, 2017)، کمک به بیماران دیابتی(Gregg, Callaghan, Hayse & Glenn-Lawson, 2007؛ Behrooz, Boali, Heydarizadeh, & Farhadi, 2014)، کاهش اجتناب شناختی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری خاص(Mirzahoseini, Pourabdel, Sobhi Qaramalki & Saravani, 2016) ، برافزایش سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی(Saeedi & Khalatbari, 2016)، مؤثر بوده است. در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی مطالعات Aslani & Azadeh 2016) ، (Naddaf , Sangani, 2016)، (Farhadi Asl, 2016)، (Montgomery 2015) و (Whittingham, Sheffield & Boyd, 2016) مؤثر بودن این درمان را نشان دادند.

---

1. Acceptance and Commitment

با توجه به اهمیت پرداختن به سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی و شرایط خاص آن‌ها و از آن جایی که تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تاکید بر مشکلات بین فردی در راستای بهبود رابطه والد- فرزندی در مادران دارای کودک کم توان ذهنی در ایران صورت نگرفته است؛ هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی[1] مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی در شهر ستان دزفول است.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی بود که فرزندانشان در مدارس استثنایی شهرستان دزفول در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. کل حجم این جامعه ۲۲۸ نفر را دربرمی گرفت. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین مدارس استثنایی شهرستان دزفول (آموزشگاه بوعلی ۶۵ نفر، شهدای بانک تجارت ۹۷ نفر و سوده ۶۶ نفر) انتخاب شدند. به این صورت که از بین تمامی مدارس استثنایی، یک مدرسه به‌صورت تصادفی انتخاب، سپس مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک در بین تمامی مادران کودکان ناتوان ذهنی(مقطع ابتدایی) آن مدرسه که درمجموع ۵۵ نفر بودند، اجرا گردید و از میان آن‌ها به تعداد ۳۰ نفر که نمراتشان در مقیاس ارزیابی رابطه والد-کودک در سه زیر مقیاس حمایت بیش‌ازحد، سهل گیری بیش‌ازحد و طرد بالاتر از نقطه برش و در زیر مقیاس پذیرش پایین‌تر از نقطه برش را نشان دادند، انتخاب؛ و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، که هر گروه شامل ۱۵ نفر بودند؛ گمارده شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک (MCRE)[2]. مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک توسط Roth در سال 1961 از یک آژانس مطالعاتی روان‌شناختی غرب (WPS)[3] منتشر یافته است. این آزمون یک مقیاس نگرش سنج است که نظرگاه مادران در خصوص ۴ سبک تعامل با کودک را مورد ارزیابی قرار داده و در حیطه آزمون‌های فرافکن قرار می‌گیرد، زیرمقیاس‌های این آزمون عبارت‌اند از: ۱- پذیرش فرزند[4]، ۲-

1. Parent-Child Relationship
2. Mother–Child Relationship Evaluation
3. Western Psychological Study
4. Acceptance

بیش حمایتگری[1]، ۳- سهل گیری[2] و ۴- طرد فرزند[3]. هر مقیاس دارای ۱۲ عبارت است که مجموعاً ۴۸ عبارت نمره‌گذاری با ۵ امتیاز نمره‌گذاری می‌شود. پایایی آزمون از طریق فرمول آلفای کرونباخ بر روی (۳۰) نفر از افراد انجام شد که نتایج برای پذیرش فرزند ۰/۷۷، طرد فرزند ۰/۷۳، سهل گیری افراطی ۰/۷۱ و بیش حمایتگری ۰/۷۸ حاصل شد. (Zamiri, 2005).

شیوه‌نامه گروه درمانی(پروتکل درمانی). جلسات مداخله شامل شیوه‌نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مشکلات بین فردی (Saavedra, 2008) بود. این جلسات برای ده جلسه نوددقیقه‌ای تدوین‌شده‌اند(Mckay, Lev & Skeen, 2008), (Translation by Roganchi & et al, 2016).

جدول ۱. شیوه‌نامه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات درمان	محتوا و هدف هر جلسه
اول	اجرای پرسشنامه طرحواره، تمرکز ذهن آگاهانه، کاوش پیرامون چگونگی تأثیر طرحواره‌ها بر هیجان‌ها و شناختن‌های مراجعان
دوم	بررسی بر انگیزاننده‌های طرحواره، رفتارهای مقابله‌ای، اجرای تمرین در راستای ناامیدی سازنده.
سوم	بررسی هزینه‌های رفتارهای مقابله‌ای ناشی از طرحواره، گفت‌وگو درباره ناامیدی سازنده، کمک به اعضا در راستای توقف تلاششان برای کنترل.
چهارم	ارائه یک مطلب روانی-آموزشی در راستای درک ارزش‌ها، کاربر اهداف ارزشمند، کاربرگ ارزیابی موانع.
پنجم	تمرین حواس پنج‌گانه، بازبینی تکالیف خانگی، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش، آموزش فنون خاص گسلش، تمرین فنون گسلش توسط اعضا، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	ارائه مطلب روانی-آموزشی درباره گسلش و تمرکز بر ارزیابی‌ها در مقابل توصیف‌ها، پرورش تمرین خود به‌عنوان بافت.
هفتم	بحث درباره غیرقابل اجتناب بودن رنج و زوال‌پذیر بود روابط، ارائه یک مطلب روانی-آموزشی درباره عصبانیت، بررسی هزینه‌های تنفر.
هشتم	نمایش گسلش، بررسی هزینه‌های اجتناب از هیجان‌های دردناک، کاوش رهایی از راهبردهای قدیمی کنترل، ارائه تصویرسازی ذهنی برای پرورش چشم‌اندازی از خود مشاهده‌گر.
نهم	واکنش به رویدادهای برانگیزاننده طرحواره که به‌تازگی رخ‌داده‌اند، ارائه یک تصویرسازی که موجب ذهن آگاهی و مهربانی نسبت به رنج همبسته با طرحواره می‌شود.
دهم	ارائه یک مراقبه در راستای افزایش مهربانی به خود و دیگران، بحث درباره راهبردهای بهبود عمل، تعهد اعضا بر انجام هدف جدید، ارزیابی‌های پس از درمان.

1. Overprotection
2. Over Indulgence
3. Rejection

پروتکل درمان؛ بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه اجرا شد و شرکت‌کنندگان گروه کنرل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکردند. پس از پایان آخرین جلسه، بعد از گذشت یک هفته پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید و در آخر پس از طی ۴۵ روز از آخرین جلسه، و با حضور تمامی مادران شرکت‌کننده در پژوهش، پیگیری در مورد هر دو گروه انجام شد.

یافته‌ها

جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، به‌منظور بررسی فرضیه‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی(فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و خطای استاندارد)، و سپس از شاخص آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار Spss21 انجام گرفت.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های آن به تفکیک گروه و مرحله آزمون.

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش فرزند	آزمایش	۳۳/۴۷	۴/۲۰	۴۲/۲۰	۳/۸۷	۴۳/۴۷	۳/۸۷
	کنترل	۳۴/۵۳	۲/۹۷	۳۲/۰۷	۲/۸۱	۳۱/۶۷	۲/۸۲
بیش حمایتگری	آزمایش	۲۵/۴۰	۴/۰۱	۲۶/۶۷	۵/۰۸	۲۶/۷۳	۴/۸۳
	کنترل	۲۴/۶۰	۴/۶۲	۲۴	۴/۰۳	۲۳/۸۰	۴/۳۱
سهل گیری	آزمایش	۲۱/۴۰	۲/۵۵	۲۰/۷۳	۳/۲۱	۲۰/۶۰	۳/۲۲
	کنترل	۲۲/۰۷	۲/۷۸	۲۱/۱۳	۲/۳۵	۲۱	۲/۴۲
طرد فرزند	آزمایش	۲۷/۰۷	۳/۹۰	۲۳/۴۷	۲/۹۴	۲۳/۲۰	۳/۰۷
	کنترل	۲۸/۵۳	۴/۸۶	۳۰/۲۰	۳/۲۳	۳۰/۳۳	۳/۲۸
رابطه مادر – کودک	آزمایش	۱۰۷/۳۳	۴/۳۷	۱۱۳/۰۷	۱/۹۴	۱۱۴	۳/۵۲
	کنترل	۱۰۹/۷۳	۴/۳۳	۱۰۸	۱/۸۵	۱۰۷/۴۰	۲/۰۹

به‌منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر رابطه والد- فرزندی به همراه مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف–اسمیرنف استفاده شد که با توجه به معنی‌دار نبودن نتایج این آزمون می‌توان گفت که توزیع تمامی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون از آزمون همگونی واریانس‌ها لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای

موردبررسی ازلحاظ آماری معنادار نبود. مؤلفه پذیرش فرزند (p<۰/۱۴ ، F =۲/۱۹)، بیش حمایتگری (p<۰/۵۳ ، F =۰/۶۴)، مؤلفه سهل گیری (p<۰/۷۰ ، F =۰/۳۶)، مؤلفه طرد فرزند (p<۰/۴۴ ، F =۰/۸۳)، رابطه مادر- کودک کل (p<۰/۶۳ ، F =۰/۴۷). میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه پذیرش فرزند) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه پذیرش فرزند) با ضریب خطی۰/۴۷رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه بیش حمایتگری) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه بیش حمایتگری) با ضریب خطی ۰/۶۷ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه سهل گیری) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه سهل گیری) با ضریب خطی ۰/۲۸ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره پیش‌آزمون مؤلفه طرد فرزند) و متغیر وابسته (نمره پس‌آزمون مؤلفه طرد فرزند) با ضریب خطی ۰/۱۲ رابطه خطی وجود دارد. میان متغیر همگام (نمره کلی پیش‌آزمون رابطه مادر- کودک) و متغیر وابسته (نمره کلی پس‌آزمون رابطه مادر- کودک) با ضریب خطی۰/۴۹ رابطه خطی وجود دارد. بنابراین پیش‌فرض خطی بودن روابط بین متغیرها نیز براورده شد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود.

جدول ۳. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر رابطه مادر - کودک و خرده مقیاس‌های آن

خرده مقیاس‌های رابطه مادر و کودک	وضعیت	آماره Z کالموگروف-اسمیرنف	سطح معنی‌داری
پذیرش فرزند	پیش‌آزمون	۰/۴۵	۰/۹
	پس‌آزمون	۰/۵۱	۰/۵۵
بیش حمایتگری	پیش‌آزمون	۰/۵۴	۰/۹۲
	پس‌آزمون	۱/۰۹	۰/۱۸
سهل گیری	پیش‌آزمون	۰/۳۶	۰/۹۹
	پس‌آزمون	۰/۷۷	۰/۶۲
طرد فرزند	پیش‌آزمون	۰/۷۳	۰/۶۶
	پس‌آزمون	۰/۷۶	۰/۶۰
رابطه مادر- کودک	پیش‌آزمون	۰/۵۱	۰/۹۵
	پس‌آزمون	۰/۷۶	۰/۵۹

جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون آماری کولموگروف اسمیرنف پیش‌فرض طبیعی بودن متغیر رابطه والد-فرزندی را تائید کرده است.

جدول۴. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون رابطه مادر- کودک و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش وکنترل

نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۲	۱۷/۳۰	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۱۷/۳۰	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
اثرهتلینگ	۴/۵۵	۱۷/۳۰	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۵۵	۱۷/۳۰	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با توجه به‌اندازه اثر محاسبه‌شده، ۸۲ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایشی و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است، که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. جدول۴ صرفاً بیان می‌دارد که دریکی از حیطه‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در متن مانکووا استفاده شد که نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون رابطه مادر- کودک و خرده مقیاس‌های آن

منابع تغییر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش فرزند	۷۲۲/۷۸	۱	۵۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
بیش حمایتگری	۶۵/۱۵	۱	۳/۳۲	۰/۰۸۱	۰/۱۲	۰/۴۱
سهل گیری	۳/۶۲	۱	۰/۴۴	۰/۵۱	۰/۰۱۹	۰/۰۹۸
طرد فرزند	۳۰۵/۸۰	۱	۳۷/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
رابطه مادر- کودک	۱۶۵/۵۹	۱	۳۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱

با توجه به مندرجات ۵، مقدار F برای مؤلفه پذیرش فرزند ۵۳/۵۲ به دست آمدکه درسطح (۰/۰۰۱ P>) معنادار است، برای مؤلفه بیش حمایتگری ۳/۳۲ به دست آمد که در سطح (۰/۰۸۱ > P)، برای مؤلفه سهل گیری ۰/۴۴ به دست آمد که در سطح (۰/۵۱ > P) معنادار نیست، برای طرد فرزند ۳۷/۴۶ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱ > P) و برای رابطه مادر- کودک کل ۳۹/۶۲ به دست آمد که در سطح (P<۰/۰۰۱) معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۱۲ تا ۶۹ درصد رابطه مادر – کودک ناشی از تاثیر متغیر مستقل (آموزش مبتنی بر پذیرش وتعهد) بوده است.

جدول۶. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری رابطه مادر- کودک و خرده مقیاس‌های آن

منابع تغییر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش فرزند	۹۰۸/۲۹	۱	۶۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱
بیش حمایتگری	۷۵/۱۳	۱	۳/۶۷	۰/۰۶	۰/۱۳	۰/۴۵
سهل گیری	۳/۴۷	۱	۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۰۱۸	۰/۰۹۴
طرد فرزند	۳۴۵/۰۲	۱	۳۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
رابطه مادر- کودک	۲۴۵/۵۵	۱	۳۴/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود رابطه مادر- کودک در مرحله پیگیری مؤثر بوده است ($p<0/05$ و $F=34/35$). اندازه اثر بیانگر آن است که ۵۹ درصد تغییرات رابطه مادر- کودک ناشی از اثر متغیر مستقل یعنی آموزش پذیرش و تعهد است. همچنین توان آزمون یک است که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

نتیجه

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد-فرزندی در مادران مؤثر بوده است. این نتایج با پژوهش‌های (Abdullahi, 2014)، (Aslani & Azadeh, 2016)، (Naddaf Sangani, 2016)، (Farhadi Asl, 2016)، (Montgomery, 2015)، (Whittingham, Sheffield & Boyd, 2016) مبنی بر مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رابطه والد- فرزندی همسو است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به دیدگاه (Carnes-Holt 2012) مبنی بر این‌که رابطه والد-فرزندی نخستین معرف ارتباطات کودک و یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است؛ اشاره کرد. رابطه والد-فرزندی متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظاراتی است که منحصر به پدر و مادر خاص و یک کودک خاص است. چالش در تعامل والد- فرزند رشد کودک را در معرض خطر قرار می‌دهد(Laing, McMahon, Ungerer, Taylor, Badawi & Spence, 2010) طرد، نبود محبت، نمایش عاطفی سطحی، خصومت و ... بر روی کودکان تأثیر می‌گذارد و آن‌ها را مستعد بروز مشکلات هیجانی رفتاری می‌نماید(Mantyamaa, Puura, Luoma, Salmelin & Tamminen, 2004). بنابراین در جهت بهبود رابطه والد- فرزندی در خانواده‌هایی که مشکلات بین فردی، خصوصاً در تعاملات بین والدین-

فرزندان دارند، نیاز به یک درمان است که از طریق به‌کارگیری فنون و شیوه‌های خاص آن در جهت بهبود رابطه‌های درون خانواده اقدام شود. در جهت تحقق این هدف در پژوهش حاضر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود رابطه والد-فرزند استفاده شد. در تبیین اثربخشی این درمان بر بهبود رابطه والد- کودک می‌توان گفت رویکرد درمانی پذیرش و تعهد در طیفی وسیعی از مشکلات خانواده، والدین و فرزندان مؤثر بوده است. این درمان می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی فرد و همچنین مشکلات بین فردی داشته باشد. در رابطه والد- فرزندی و یا میان فردی این درمان باهدف قرار دادن نحوه برخورد با مشکلات می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش آن‌ها داشته باشد، در رابطه والد- فرزندی که می‌تواند به هر دلیلی دچار تنش شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نحوه پاسخ‌دهی فرد به این مشکلات، استرس و تنش‌های فرد را کاهش داده، اجتناب‌های وی را از بین می‌برد و بدون کناره‌گیری از فرزند خود به تعامل و پذیرش وی می‌رسد(Hamill, Pickett, Amsbaugh, & Aho, 2015). همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به والد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند، تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. همچنین مادران در طی فرایند درمان به تقویت یک رابطه غیر قضاوت گرایانه با تجارب خود می‌پردازند و یاد می‌گیرند افکار، احساساتشان همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتند، می‌باشند و نه چیزی بیشتر از آن. در این حالت است که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا در مورد شرایط موجود در خانواده کاهش می‌یابد(Runcan, 2012).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پذیرش فرزند در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. میزان پذیرش و علاقه دوطرفه بین مادر و کودک، توانایی او را برای یادگیری مطالب جدید افزایش می‌دهد، درحالی‌که بدرفتاری با کودک و عدم توجه به نیازهای او می‌تواند باعث ایجاد اختلالات روان‌شناختی در بزرگ‌سالی شود (Aghabiklooei, Rasoul Zadeh Tabatabie, Mousavi Chelak, 2001). مطالعات نشان می‌دهد مادران کودکان کم‌توان ذهنی بار عاطفی منفی بیشتری نسبت به سایر مادران بر دوش دارند و پذیرش فرزند در آن‌ها کم‌تر و طرد فرزند در آن‌ها بیشتر اتفاق می‌افتد(Khodabakhshi Koolaee, Khazan & Tagvaee, 2014). برای تبیین یافته فوق در راستای افزایش پذیرش مادران می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش به‌عنوان یک جایگزین برای اجتناب تجربه‌ای تأکید می‌کند که شامل تمایل فعال و آگاهانه برای تجربه‌ی رویدادهای غیرقابل‌کنترل است بدون این‌که تلاش‌هایی برای تغییر انجام شود، به‌ویژه هنگامی‌که این کار باعث آسیب روانی بیشتر می‌شود.

در پژوهش حاضر به مادران آموزش داده شد که احساسات و افکار منفی حاصل از وجود کودک کم‌توان ذهنی در خانواده و مشکلات همراه آن، را فقط به‌عنوان یک احساس و به‌طور کامل و بدون دفاع کردن و اجتناب و قضاوت بپذیرند. درواقع آن‌ها تشویق شدند که از مبارزه با احساسات و تجربیات ناخوشایند خود، رها شوند و این‌که مجبور نیستند افکار ناخوشایند را دوست داشته باشند، و فقط آن‌ها را می‌پذیرند. درواقع از این طریق بود که امیدواری بیشتری برای بهتر زندگی کردن در مادران نسبت به قبل به وجود آمد.

یافته دیگری از این پژوهش نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش بیش حمایتگری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر بود. بیش حمایتگری والدین درست در نقطه مقابل والدین پذیرنده، درخواست‌های معقولی برای پختگی دارند و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و اصرار بر این‌که کودک باید از آن‌ها تبعیت کند به اجرا می‌گذارند(Khanjani, Peymannia & Hashemi, 2016). فرزند پروری بیش حمایت گر به‌جای انتقال احساس ایمنی به کودک، باور آسیب‌پذیر بودن و نیاز به حفاظت شدن و حالت هشدار و درنهایت ارزیابی‌های شناختی سوگیرانه را در کودک ایجاد می‌کند (Lotfi, Farokhi & Faqihzadeh ,2014). پژوهش (Varela, Sanchez-Sosa, Bridget & Timothy, 2009) تائید می‌کند که حمایت و پذیرش زیاد مادر به‌عنوان عامل قوی برای ایجاد اضطراب در کودکان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بررسی محتوای گویه های این خرده مقیاس مشخص می‌کند که مادران کودک کم‌توان ذهنی به دلیل ذهنیت‌هایی خاص در مورد فرزندشان که اغلب به‌طور ناآگاهانه اتفاق می‌افتد، تا حدود زیادی شرایط تحمیل‌کننده‌ای برای او و خود فراهم می‌آورند. در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش بر آن است که مادران بتوانند با ذهن و فرآیندهای ذهنی خود آشنا شوند و با افزایش ظرفیت شناختی خود رفتاری متناسب و هماهنگ داشته باشند؛ ازاین‌رو مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی با اصلاح ذهنیت خود و بودن در زمان حال و با هوشیاری، به‌جای اجتناب از تجربه‌ها و واقعیت‌ها، آن‌ها را پذیرفتند و درنتیجه توانستند آگاهی پایین خود را به‌رغم وجود مشکلات حاصل از داشتن فرزند با کم‌توانی ذهنی افزایش دهند و متعهدانه شیوه درست ابراز فردیت و ارزشمندی کودک خود را مهیا کنند. چراکه آگاهی به مادران کمک می‌کند که قبل از افتادن در چرخه افکار منفی، از شناخت‌ها و افکار تمرکززدایی کرده و در زمان حال زندگی کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مادران یاد می‌دهد که افکار و هیجانات خود را مشاهده نمایند و کشف کنند که چگونه آن افکار و هیجانات با واقعیت مرتبط هستند. این نگرش با آن‌ها کمک می‌کند تصویری بسازند که بیشتر با واقعیت منطبق باشد.

یافته بعدی این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سهل گیری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر نبود. این یافته با نتایج مطالعات (Abdullahi 2014، (Azadeh, (Aslani & 2016)، (Naddaf Sangani, 2016)، (Farhadi Asl, 2016)، (Montgomery, 2015) و (Whittingham, Sheffield & Boyd, 2016)، ناهمسو است. والدین سهل گیر در عین آن‌که به‌ظاهر نسبت به کودکان خود حساس هستند، اما توقع چندانی از آن‌ها ندارند، فقدان خواسته‌های معقول همراه با خودداری از ارائه دلیل و گفت‌وگو با کودک، همواره از ویژگی‌های این والدین است. آن‌ها توقع چندانی برای انجام کارهای منزل و رفتار صحیح از کودک خود ندارد (Razavi & Robat Mili, 2016). در جهت تبیین یافته حاضر، مبنی بر مؤثر نبودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سهل گیری بیش‌ازحد مادران، می‌توان گفت، مادران با توجه به ساختار شخصیتی خود، در قبال فرزند خود بیشتر احساس مسئولیت می‌کنند که همین موضوع باعث حمایت بیشتر و در راستای آن فراهم آوردن شرایطی کنترل نشده و سهل انگارنه برای فرزندشان می‌شود تا که او بتواند با فراغ بال و تحمل رنج کم‌تری زندگی کند. از طرفی مادرانی که ازنظر اجتماعی در سطح پایین‌تری هستند به دلیل مسئولیت مستقیم مراقبت از کودک و تحمل شرایط او، از تنش بیشتری برخوردار می‌باشند، که همین موضوع باعث ایجاد آشفتگی در خانواده و روابط بین اعضا می‌شود و درنتیجه پیاده کردن مقررات و قوانین در فضای خانواده مشکل خواهد بود، اقتدار والدین در خانواده در راستای پیاده کردن برنامه‌ها و کنترل شرایط زندگی پایین می‌آید و همین امر خودبه‌خود زمینه را برای ایجاد فضایی سهل انگارانه فراهم می‌آورد(Dubois- Comtois & et al, 2015).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش طرد کنندگی مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی مؤثر است. سبک طرد کنندگی مادر نشان می‌دهد که او از کودکش بیزار است یا او را دوست نداشته است. ابزار طرد شامل بیزاری، خصومت، خشونت، بیش واکنشی و تحریک‌پذیری و ارتباط همراه با احساسات منفی همچون عیب‌جویی، تمسخر و عدم تصویب کودک است و اغلب با عنوان خصومت و طرد والدینی شناخته می‌شود. این واکنش ممکن است درنتیجه درخواست کودک برای کمک و توجه ابراز شود و یا بدون انجام هرگونه رفتاری از جانب کودک و والدین آغاز شود(Khanjani, Hashemi, Peymannia & Aghagolzadeh, 2014).در جهت تبیین یافته فوق می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بابیان ارزش‌ها موجب وضوح و پررنگ شدن مفاهیم مهم در زندگی هر فرد می‌شود و به او تعهد را نسبت به هر یک از این ارزش‌ها را یادآور می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا با تغییر رفتار و سبک زندگی فعلی و حرکت به سمت ارزش‌ها به بهبود روابط والد-فرزندی خود بپردازد. از آن جا که به دلیل افکار طرد کنندگی در مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، زندگی خانوادگی دچار

مشکل می‌گردد، شاید مهم‌ترین قسمت در اثرگذاری درمان بر کاهش طرد کنندگی مادران و بهبود روابط والد-فرزندی بیان قسمت گسلش و ارزش‌ها برای این افراد بود. در کنار این دو مورد قسمت دیگری از شش‌ضلعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با عنوان پذیرش به‌تمامی مادران یادآور می‌شود که وجود این افکار و احساسات به علت انسان بودن و وجود ذهن در تمامی افراد است و نباید با آن‌ها به جنگ پرداخت بنابراین بابیان چگونگی پذیرش مشکلات درونی ازجمله افکار و احساسات ناراحت‌کننده در طی جلسات مراجع کنند این مهارت را آموزش می‌بیند تا مشکلات درونی را به‌عنوان مانع برای بهبود روابط خود در جامعه نداند و دست از تلاش در مسیر ارزش‌های خود نکشد.

یافته آخر این پژوهش نشان داد اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت رابطه والد- فرزند باگذشت زمان پایدار می‌ماند. نتایج نشان داد، بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری نمره کل رابطه والد-فرزند تفاوت معناداری وجود ندارد و این بدان معنی است که نتایج باگذشت زمان پایدار مانده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان طولانی بودن مقیاس ارزیابی رابطه والد-کودک را نام برد که پاسخگویی را برای آزمودنی‌ها دشوار می‌کرد، برگزاری جلسه درمان توسط خود پژوهشگر و امکان سوگیری در نتایج پژوهش، مدت‌زمان محدود ۴۵ روزه برای اجرای پیگیری که ممکن بود اثربخش بودن درمان را درگذر زمان به‌خوبی نشان ندهد. همچنین از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر، عدم برگزاری گروه درمانی برای گروه کنترل در پایان پژوهش با توجه به محدودیت زمان و عدم دسترسی به والدین کودکان با توجه به نزدیک شدن به پایان سال تحصیلی بود. لذا، پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بالاتر جهت تعمیم‌یافته‌های پژوهش، ابزارهای گردآوری داده‌های کوتاه‌تر برای جلوگیری از خطاهای پاسخگویی و برنامه پیگیری با مدت‌زمان بیشتر برای نشان دادن پایداری اثربخشی درمان گروهی در طول زمان، استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، به دلیل نقش پررنگ خانواده و اعضای آن در جهت حمایت و جهت‌دهی به کودک خصوصاً کودک کم‌توان ذهنی، سایر پژوهشگران از طریق جلسات گروهی مشابه سایر افراد خانواده من‌جمله پدران را مورد تشویق قرار داده و راه‌کارهای مناسبی را در جهت پذیرش و کاهش مشکلات موجود خانواده به آن‌ها آموزش دهند.

References

Aghabiklooei, A., Rasoul Zadeh Tabatabie, K., Mousavi Chelak, H. (2001). *Child abuse and neglect.* Tehran: Avand Danesh, pp: 17-21. (In Persian).

Aslani, T., & Azadeh, S., M. (2016). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving social well-being and maternal-reproductive relationships of single-*

parent parents, supervisor, a third international conference on psychology, educational sciences and lifestyle, torbat heydarieh, torbat-e-heydarieh university. (In Persian)

Association, A. P., & others. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, *(DSM-5). American Psychiatric Pub.*

Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 6; 612–624.

Belsky, J., & pluess. M. (2011). Differential susceptibility to long-term effects of quality of child care on externalizing behavior in adolescence? International, *Journal of Behavioral Development*, 36(1), 2-10.

Abdullahi, A. (2014). The effectiveness of parenting education based on adoption and commitment to parent-child relations, improvement of parenting styles and aggression in preschool children in neishabour city. *Master's thesis for clinical psychology*. Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran. (In Persian)

Behrooz, B., Boali, F., Heydarizadeh, N. and Farhadi M. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles and quality of life in type II diabetic patients. *Journal of Health*, 7 (2), 253-236. (In Persian)

Butler, L., Johns, L. C., Byrne, M., Joseph, C., O'Donoghue, E., Jolley, S., Morris, E. M.J., Oliver, J. E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5, 33-38.

Belsky, J., & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis-stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885–908.

Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig. M. P. (2017). *Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy*. Psychology in the Schools, 54(1), 88-100.

Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49, 6–7*, 389–398.

Carnes-Holt, K. (2012). Child–Parent Relationship Therapy for Adoptive Families. *The Family Journal*, 20(4):419–26.

Dubois- Comtois, K., Bernier, A., Tarabulsy, G. M., Cyr, C., St- Laurent, D., Lanctot, A. S., St- Onge., Moss, E., & Beliveau, M. J. (2015). Behavior problems of children in foster care: Associations with foster mothers' representations, commitment, and the quality of mother-child interaction. *Child Abuse Negl*, 48, 119-130.

Dadsetan, P., Ahmadi Azandi, A., & Hasan Abadi, R. (2006). Parental tension and general health. *Iranian Psychology Quarterly*. 7, 184-171. (In Persian).

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Schreurs, K. M.G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 51(3), 142–151.

Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy, 48(8), 816–820.*

Forman, E. M., Herbert, J. D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance-based therapies, chapter to appear in w. o'donohue, JE. fisher, (eds),

cognitive behavior therapy: *Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley*, 263-265.

Foroughan, M., Molly, G., Salimi, M., Asadi Malayeri, S. (2006). Effect of counseling on the mental health of parents of hearing-impaired children. *Journal of Audiology*, 1 (2), 53-56. (In Persian)

Farhadi Asl, L. (2016). The Effectiveness of therapy based on acceptance and commitment on the Quality of Relationships Parents of Children with Parents with Learning Disorders, *Third International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences*, Tehran, Nikan Institute of Higher Education. (In Persian)

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayse, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 336-343.

Haghranjbar, F., Kakavand, A., Barjali, A., & Barmas, A. (2012). Resilience and quality of life of mothers with mentally retarded children. *Systematics and Psychology*, 1 (1), 187-177. (In Persian)

Hojatkhah, S. M., & Mesbah, I. (2017). The Effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment to internalized shame and social adjustment of mothers of children with the mental retardation Quarterly journal of Exceptional Persons, *Allameh Tabataba'i University*, 6 (24), 180-153. (In Persian)

Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 24-29.

Hayes, SC., Strosahl, K. Wilson, KG., Bissett, RC., Pistorelo, J., Tormino, D., & etall. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*, 54(4), 553-578.

Izadi, R., & Abedi, M., R. (2016). *Treatment based on acceptance and commitment*. Fifth edition, Tehran: Jangal, Kavoshir. (In Persian).

Kabiri Nasab., Y., Abdollah Zadeh, H. (2016). The effectiveness of mindfulness based on acceptance and commitment to the awareness of the body and expression of the elderly. *Journal of Aging Psychology*, 2 (2), 132-125. (In Persian).

Khanjani, Z., Peymannia, B., & Hashemi, T. (2016). Predicting the quality of mother-child interaction with various types of anxiety disorders in primary school children according to cultural characteristics of Iranian mothers. *New Educational Thoughts*, 12 (2), 260-239. (In Persian).

Khanjani, Z., Hashemi, T., Peymannia, B., & Aghagolzadeh, M. (2014). The relationship between the quality of mother-child interaction in separation anxiety and school phobia in children. *Nursing magazine of Urmia*, 25 (3), 240-231. (In Persian).

Khodabakhshi Koolaee, AK., Khazan. S., & Tagvaee, D. (2014). Mother-child relationship and burden in families of children with mental retardation. *Middle East Journal of family medicine*, 7 (10): 32-36. (In Persian).

Laing, S, McMahon, C., Ungerer, J., Taylor, A., Badawi, N & Spence, K. (2010). Mother-child interaction and child developmental capacities in toddlers with major birth defects requiring newborn surgery. *Early Human Development*, 86, 793–800.

Lotfi, M., Farokhi., & Faqihzadeh, S. (2014). Development of motor skills in mentally retarded children. *Quarterly Exceptional Children's Edition*, 14 (4), 68-58. (In Persian).

Lotfi Kashani, F, & Vaziri, Sh. (2007). Child psychiatry. Tehran: Arasbaran publication. (In Persian)

McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14, (11), 1398-1406.

Mantyamaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., &Tamminen, T. (2004). Early mother-infant interaction, parental mental health, and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behavior & Development*, 27, 134- 149.

Mousavi Vanhari, F. (2015). The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on Reducing Psychological Distress in Mothers with Mental and Physical Infertility, *The First National Congress on Social Empowerment in the Social Sciences of Psychology and Education*, Tehran, Center for Empowerment of Social and Cultural Skills. (In Persian).

Mckay, M., Lev, A., & Skeen. M. (2008). *Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems (along with group therapy leaflet).* Translation by Mahmoud Roganchi, Rezvan Sadat Jazayeri, Azra Etemadi, Maryam Fatehizadeh, Khademarad Momeni and Seyyed Mohsen Hojjatkhah. (2016). Kermanshah, Razi University Press.

Mohammadi, A., Keshavarzi Arshadi., F, Farzad. & Salehi, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on marital satisfaction of depressed women. *Knowledge and Research in Applied Psychology,* 17 (2), Successive 64, 35-26. (In Persian)

Masen p H., Kiggan, J., Houston, E., K., and Congar, J. (No more). *Growth and child's personality.* Translation by Mahshid Yasayi (2012). Sixth Printing, Tehran, Center Publishing.

Mirzahoseini, H., Pourabdel, S., Sobhi Qaramalki, N., & Saravani. (2016). The effectiveness of admission and commitment therapy is to reduce student cognitive avoidance learning disabilities. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22 (3), 175-166. (In Persian).

Montgomery, D. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on parents of children diagnosed with autism. *dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy psychology*. College of social and behavioral sciences, Walden University, Minneapolis, Minnesota, United States.

Naddaf Sangani, H., R. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for mothers on the relationship between parent and child bearing hyperactivity disorder. *Fourth International Conference on Behavioral Sciences and Social Studies, Frankfurt, Germany.* (In Persian).

Ogilvie, A. M. (2005). balancing act: Child welfare and overindulgence. *Journal of Children and Youth Services Review*, 28(65), 610-619.

Permeghias, A. (1382). The study of effective factors on the attitude of mothers with mentally handicapped children towards the ways of keeping mentally handicapped children in families and night-time institutions of Tehran province. *Master's thesis on rehabilitation management*. University of Welfare and Rehabilitation Sciences.

Parsa, M. (2014). *Psychology of child and adolescent development*. Twentieth Printing, Tehran: Be'sat Publishing. (In Persian).

Runcan. P. L. (2012). The time factor: does it influence the parent-child relationship? *Procedia-social and behavioral sciences,* 33, 11-14.

Roth, R .M. (1961). *Manual the mother-child relationship evaluation. Los Angeles*: Division of Manson Western Corporation.

Razavi, j. S., & Robat Mili, S. (2016). Parenting styles and their definitions. The first international conference on modern research in the field of education and psychology and social studies, Center for Islamic Studies and Studies, *Soroush Hekmat Mortazavi*, Qom, Iran. (In Persian).

Saavedra, K. (2008). Toward a new acceptance and commitment therapy (ACT) treatment of problematic anger for low-income minorities in substance abuse recovery: A randomized controlled experiment. *PsyD dissertation, Wright Institute, Berkeley, CA.*

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 3, (8), 965–978.

Saeedi, M., & Khalatbari, J. (2016). The effectiveness of treatment-based on acceptance and commitment on adaptation and quality of life for people with disabilities covered by well-being. *Quarterly Journal of Educational Psychology*, 7 (1), 62-53. (In Persian)

Shariatmadari, A. (2006). Educational psychology. Tehran: Amir Kabir Publications. (In Persian).

Varela, R. E., Sanchez-Sosa, J. J., Bridget, K. B., & Timothy, M. L. (2009).Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety. *Journal of anxiety disorder*, 23(5), 609–616.

Vanaki, Z, Mohammad Khan Kermanshahi, P. S., Ahmadi F., Azad Falahi, P., & Kazemnejad. A. (2006). Mothers' experiences of having a retarded mentally. *Rehabilitation Journal*. 7 (3): 33-26. (In Persian).

Wang, S., Zhou. Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive–behavioral therapy as treatments for academic procrastination. *Research on Social Work Practice,* 27(1), 48-58.

Whittingham, K., Sheffield, J., & Boyd, R. N. (2016). Parenting acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial of an innovative online course for families of children with cerebral palsy. *Journal of neurointerventional surgery*, 6(10), 1-6. Doi: 10.1136/bmjopen-2016-012807.

Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C., & Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 4; 248–257.

Yazerlo, M., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Investigating the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on quality of life in Golestan police officers. *Journal of Law Enforcement, Golestan,* 7 (26), 158-139. (In Persian).

Zamiri, R. (2005). *The relationship between the type of delivery and the emotional relationship between the child and the mother in preschool girls (kindergartens under the supervision of the welfare organization of Mashhad),* Islamic Azad University of Roodehen Branch. (In Persian).